

на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга по месту жительства.

Согласно имеющимся литературным данным использование органосохраняющих операций на селезенке позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений, улучшить качество жизни пациентов. Для успешного осуществления оперативных вмешательств имеются более благоприятные условия при их выполнении в плановом порядке, что позволяет осуществить полную предоперационную диагностику и получить всю необходимую информацию об этиологии, локализации кисты, а также особенностях кровоснабжения селезенки у каждого конкретного пациента.

Выводы. 1. На современном этапе развития хирургии органосохраняющие и малоинвазивные вмешательства при кистах селезенки являются приоритетными.

2. Использование лапароскопической техники позволяет с успехом выполнять резекцию как верхнего, так и нижнего полюса селезенки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Повреждения селезенки: диагностика и лечение / С. И. Третьяк [и др.] // Военная медицина. – 2007. – №. 4. – С. 68–73.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИСТЕМЫ RCB В ОЦЕНКЕ ЛЕЧЕБНОГО ПАТОМОРФОЗА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Лагун Ю.Я.¹, Каравай А.В.¹, Угляница К.Н.¹, Шульга А.В.¹, Хомбак А.М.²

Гродненский государственный медицинский университет¹,

Гродненская университетская клиника²

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) в настоящее время занимает 1-е место по заболеваемости и 5-ое по смертности в мире. Республика Беларусь не является исключением. Большая часть пациенток с данной патологией нуждается в проведении комплексного лечения, где первостепенное значение имеет системная терапия, а именно неoadъювантная химиотерапия (НАХТ). Ее выполнение перед оперативным вмешательством позволяет оценить чувствительность опухоли к химиотерапии, достигнуть регресса опухоли, а также правильно выстроить стратегию дальнейшего ведения пациенток. В итоге это увеличивает безрецидивную и общую выживаемость, дает возможность выполнения большего количества органосберегающих операций на молочной железе, что положительно сказывается на качестве жизни пациенток.

В русскоязычной литературе для обозначения изменений клинических и морфологических проявлений опухоли под воздействием НАХТ чаще используют термин «лечебный патоморфоз», в англоязычной литературе – регресс опухоли [1]. В настоящее время известно не менее восьми различных систем для оценки лечебного патоморфоза, одна из них – Residual Cancer Burden («ложе остаточной опухоли», RCB), доказала свою эффективность [2]. Использование системы RCB отражено в рекомендациях таких авторитетных

организаций, как ESMO (European Society for Medical Oncology) и NCCN (National Comprehensive Cancer Network) [3]. В Гродненской университетской клинике (ГУК) данная система начала применяться с 2019 г.

Цель. Проанализировать выраженность регресса опухоли (лечебного патоморфоза) после проведения НАХТ с использованием системы оценки остаточной опухоли – Residual Cancer Burden (RCB), а также оценить изменения в молекулярно-генетических и клинических параметрах опухоли до и после неoadъювантной химиотерапии.

Методы исследования. В исследование было включено 25 первичных пациенток, страдающих РМЖ и получавших лечение в онкологических отделениях №2 и №4 УЗ «Гродненская университетская клиника» за период с 2019 по 2021 гг. Возраст пациенток колебался от 29 до 66 лет, чаще 40-59 лет (48%). Критериями включения пациенток в исследование были: морфологически верифицированный диагноз рака молочной железы, ПА–IIIC стадии заболевания, статус по шкале ECOG не ниже 2 баллов. У 21 пациентки установлена узловая формы РМЖ (84%), у 4 пациенток (16%) – диффузная. Всем пациенткам лечение было начато с курсов НАХТ, количество которых варьировалось от 3 до 8. Выбор режима лекарственной терапии основывался на молекулярно-биологическом подтипе опухоли. Применялись следующие схемы лекарственного лечения: CAF (циклофосфамид, доксорубин, 5-фторурацил) – 17 пациенткам (68%), CMF (циклофосфамид, метотрексат, 5-фторурацил) – 8 (32%), схемы, включающие таксаны использовались в 13 (52%) случаях, у 2-х (8%) пациенток НАХТ включала в себя трастузумаб (Т-МАБ). Все пациентки были оперированы: радикальная мастэктомия выполнена 15 пациенткам (60%), органосохраняющие операции 2 пациенткам (8%) и подкожная мастэктомия 8 (32%). Оценивали размер опухоли, гистологический тип, степень дифференцировки, гормональный рецепторный статус, экспрессию HER2/neu, уровень индекса пролиферативной активности Ki-67, молекулярный подтип опухоли до и после НАХТ, динамику изменений иммунофенотипа опухоли, а также клинический и патоморфологический ответ опухоли на НАХТ. Всем пациенткам перед началом НАХТ выполнялась трепанобиопсия опухолей молочной железы. После проведения лекарственного лечения выполнялись различные виды радикальных операций на молочной железе. В основу оценки степени и характера лечебного регресса опухоли использовалась система RCB. Согласно данной системе выделяют следующие степени регресса опухоли: RCB-0 (pCR, полный морфологический регресс) – значение индекса 0; RCB-I (минимальная остаточная опухоль) – $<1,36$, низкий риск прогрессирования заболевания; RCB-II (умеренная остаточная опухоль) – $1,36-3,28$, промежуточный риск прогрессирования заболевания; RCB-III (выраженная остаточная опухоль) – $>3,28$, высокий риск прогрессирования заболевания.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием Microsoft Excel 2013, пакета программ «Statistica» 6.0. для Windows (StatSoft, Inc., США).

Результаты и их обсуждение. До начала лечения ПА стадия была диагностирована у 2 (8%) пациенток, ИВ – у 10 (40%), ППА – у 5 (20%), ИВ – у 6 (24%), ПС – у 2 (8%). После НАХТ 0 стадия (TisN0M0) была установлена у 1 (4%) пациентки, ПА – у 5 (20%), ИВ – у 6 (24%), ППА – у 2 (8%), ИВ – у 2 (8%) и ПС – у 2 (8%). Выявлены различия в степени дифференцировки опухоли до начала и после НАХТ: исходно G1 была у 1 (4%), G2 – у 12 (48%), G3 – у 12 (48%), после НАХТ: G2 – у 15 (60%), G3 – у 6 (24%), не установлена – у 4 (16%) пациенток. Гистологические типы рака (протоковый, дольковый) до и после НАХТ практически не изменились. В то же время отмечено изменение уровня Ki-67 в динамике. Так, в исходной опухоли уровень Ki-67 составил $\leq 20\%$ – у 9 (36%), $> 20\%$ – у 14 (56%) и $\leq 20\%$ – у 18 (72%), $> 20\%$ – у 2 (8%) после курсов НАХТ соответственно. В среднем уровень Ki-67 после проведения НАХТ снизился до 10,9% по сравнению с 36,2% до начала лечения. По данным иммуногистохимического исследования, чаще всего выявлялись пациентки с люминальным-В HER2-негативным (48%), тройным негативным (20%) и люминальным-А (20%) подтипами рака.

Клиническая оценка эффективности НАХТ по критериям RECIST 1.1 показала, что полный регресс опухоли выявлен у 3 пациенток (12%), частичный – у 12 пациенток (48%), а сумма полной и частичной регрессий опухоли составила 60%. Предоперационная терапия индуцировала проявления лечебного патоморфоза разной степени выраженности у всех пациенток. Об этом свидетельствуют результаты определения RCB. По нашим данным, RCB-0 установлен в 3 (12%) случаях, RCB-I степени в 3 (12%) случаях, RCB-II степени в 8 (32%), RCB-III степени в 9 (36%) случаях.

Выводы. Важным признаком эффективности лечения является уровень Ki-67, снижение которого указывает на позитивный ответ опухоли на НАХТ.

Система определения остаточного ложа опухоли по индексу RCB является достаточно информативным и прогностически значимым методом оценки эффективности НАХТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оценка патоморфоза после неoadъювантной терапии рака молочной железы / О. Н. Ганусевич [и др.] // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2019. – Т. 18. – № 3.
2. Современный подход к диагностике и оценке лечебного эффекта неoadъювантной терапии при раке молочной железы / Л. В. Москвина [и др.] // Злокачествен. опухоли. – 2017. – № 1. – С. 38–41.
3. Recommendations for standardized pathological characterization of residual disease for neoadjuvant clinical trials of breast cancer by the BIG-NABCG collaboration / V. Bossuyt [et al.] // Ann. Oncol. – 2015 Jul. – Vol. 26, № 7. – P. 1280–1291.